1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 16
DE BORDEAUX

DES COMPLICATIONS SPLANCHNIQUES

Qui peuvent survenir à la suite de

L'OVARIOTOMIE

ET DE LEURS TRAITEMENTS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 DÉCEMBRE 1886

PAR

JEAN COUPERIE

Né à Camarsac (Gironde), le 15 Décembre 1851

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. LANELONGUE, *Président.*
MASSE.
BOURSIER.
DUDON.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 16
DE BORDEAUX

DES COMPLICATIONS SPLANCHNIQUES

Qui peuvent survenir à la suite de

L'OVARIOTOMIE

ET DE LEURS TRAITEMENTS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 DÉCEMBRE 1886

PAR

JEAN COUPERIE

Né à Camarsac (Gironde), le 15 Décembre 1851

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. LANELONGUE, *Président.*
MASSE.
BOURSIER.
DUDON.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ.....
BITOT..... Professeurs honoraires.

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. BITOT. | Maladies mentales... N.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR M. LANELONGUE

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR PIÉCHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTIN

Ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A MES MAITRES

INTRODUCTION

Faire un tableau des complications splanchniques consécutives à l'ovariotomie, des accidents qui peuvent survenir, soit immédiatement, soit à une époque éloignée de l'opération, tel sera le but que je m'efforcerai de poursuivre dans ce travail. Les documents puisés dans les discussions de l'Académie de Médecine, de la Société de Chirurgie, les Thèses d'agrégation, sont nombreux mais épars ; j'ai eu la pensée de les réunir, de les synthétiser, d'en faire le sujet de ma thèse inaugurale.

Je diviserai ce travail en deux parties :

Dans la première, je ferai la description de ces complications, leur mode d'apparition, leur cycle d'évolution, les divers troubles anatomo-pathologiques qu'ils déter-

minent dans les viscères, leurs conséquences et leurs suites.

Dans la seconde partie, dont je ne me dissimule pas la difficulté, j'essaierai une étude critique sur les traitements appropriés à chacune de ces complications.

Mais, avant de commencer, qu'il me soit permis d'exprimer à mon président de thèse, M. le professeur Lanelongue, ma profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

Je remercie vivement M. le Dr Courtin, à qui je dois l'idée première de ma thèse. Qu'il daigne accepter l'hommage de ce travail comme faible témoignage de ma gratitude pour tous les bons conseils qu'il m'a si généreusement prodigués.

Enfin, je prie M. le professeur agrégé Piéchaud d'agréer mes remerciements sincères pour le précieux concours qu'il a bien voulu me prêter.

DES COMPLICATIONS SPLANCHNIQUES

Qui peuvent survenir à la suite de

L'OVARIOTOMIE

ET DE LEURS TRAITEMENTS

PREMIÈRE PARTIE

Hémorrhagies. — L'opération vient de se terminer, le chirurgien pense avoir accompli l'hémostase d'une façon complète; il procède à la toilette antiseptique du péritoine, et, après avoir vérifié son pédicule qu'il abandonne dans la cavité du petit bassin, il s'applique à pratiquer l'occlusion au moyen de sutures profondes et superficielles.

Son opérée repose maintenant dans son lit; son rôle paraît terminé; les soins médicaux semblent désormais devoir être les seuls qu'il devra procurer à sa malade. Épuisant la liste des accidents consécutifs, voyons quel devra être sa conduite.

Une des premières et des plus immédiates complications de l'ovariotomie, c'est l'hémorrhagie. Or, l'hémorrhagie consécutive à l'ouverture du péritoine provient de trois sources : soit d'un vaisseau contenu dans la cavité du péritoine, soit d'un vaisseau de la paroi, soit encore d'une lésion d'un des organes vasculaires (foie, rate). L'observation attentive des faits et l'expérimentation sur les animaux ont permis d'établir les règles de l'épanchement sanguin dans la séreuse péritonéale. Ils sont circonscrits ou diffus. MM. Poulet et Bousquet, dans leur pathologie externe, font remarquer que l'épanchement a de la tendance à se limiter toutes les fois qu'il ne résulte pas de la blessure d'un vaisseau de première importance. « Il faut, disent-ils, chercher la cause de ce phénomène dans la facilité avec laquelle le sang se coagule, et aussi dans la formation d'adhérences péritonéales qui se produisent avec une si grande rapidité à la suite de certains traumatismes. »

Il est de toute importance de rechercher les points où s'accumule cet épanchement. Or, les études de Malgaigne nous renseignent complètement à ce sujet.

Il faut remarquer que le grand épiploon divise la cavité en antérieure et postérieure. Cette dernière, à son tour, se trouve partagée par le mésentère en deux loges, l'une droite, l'autre gauche. Le sang se portera dans la région hypogastrique, s'il provient d'un vaisseau situé en avant de l'épiploon; il ira, au contraire, dans les fosses iliaques droites ou gauches, suivant le côté du mésentère occupé par l'organe lésé.

Ce sont là des données d'une grande importance, non seulement pour la symptomatologie, mais encore pour l'intervention chirurgicale. Supposons un instant une opérée d'ovariotomie chez laquelle survient une hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, la malade a une sensation très douloureuse correspondant au point d'où elle part; son pouls devient petit, mou, dépressible; on observe la pâleur de la

face et une tendance à la syncope. La température ne s'élève pas; l'examen du ventre permet d'apprécier un gonflement subit, avec mollesse des parois et des parties profondes.

Dans les cas où le sang s'épanche avec lenteur, c'est la coïncidence de ces divers symptômes avec une réaction inflammatoire assez vive qui permet d'établir le diagnostic.

L'hémorrhagie se produit habituellement quelques heures après l'opération. Sur les cinquante cas rapportés par Terrier dans sa *Revue de chirurgie,* une de ses malades mourut d'hémorrhagie trois heures après l'opération. Dans un cas de Clay, une hémorrhagie péritonéale mortelle eut lieu une heure après l'achèvement des sutures.

Il est donc urgent de surveiller ou de faire surveiller sa malade après l'opération, et de bien analyser les symptômes qu'elle présente. On a noté des cas d'hémorrhagies foudroyantes vers le dixième ou douzième jour, au moment de la chute de la ligature. Kœberlé a observé deux fois cet accident à la suite d'un effort pour aller à la garde-robe. Dans ces deux opérations, le pédicule ayant été attiré à l'extérieur, suivant l'ancienne méthode, il put, dans le premier cas, arrêter l'écoulement du sang en faisant un tamponnement avec de la charpie ; dans l'autre cas, le tamponnement et les moyens adjuvants restèrent inefficaces, et il eut recours à la déchirure de la cicatrice, ce qui lui permit de saisir l'artère ovarique dans une pince à pansement et d'arrêter complètement l'hémorrhagie à laquelle l'opérée faillit succomber.

Le sang épanché en petite quantité dans le péritoine s'accumule auprès du vaisseau qui le fournit; il ne se répand pas entre les circonvolutions intestinales; il forme toujours un seul foyer, à moins qu'il n'y ait plusieurs vaisseaux ouverts. Il se coagule d'abord, puis, avec le temps, il se résorbe; si les phénomènes inflammatoires sont très intenses, au lieu de se coaguler, le sang se mélange aux produits septiques et subit la suppuration.

En cas de péritonite consécutive, l'épanchement sanguin se limite, comme dans tous les cas où il se produit dans un espace restreint et forme un kyste hématique.

Les kystes hématiques peuvent se former dans toute l'étendue des replis du péritonie, mais c'est surtout entre le péritonie pariétal et le grand épiploon qu'ils élisent domicile le plus ordinairement. Une exhalation sanguine se fait au niveau de la tranche pariétale du péritoine, le liquide s accumule sur le grand épiploon. Une inflammation légère s'établissant au pourtour de l'épanchement, une cavité se forme et le sang s'épanche jnsqu'à ce que la cavité soit remplie de liquide. Dès ce moment le kyste hématique est formé, et, s'il ne subit pas de transformation purulente, il restera à l'état stationnaire pendant un certain temps pour diminuer ensuite de volume, subissant la loi commune de tous les épanchements sanguins.

Dans d'autres cas, l'hémorrhagie réelle n'a pas lieu, et, malgré tout le soin apporté à l'opération, malgré toutes les précautions prises par le chirurgien pour assurer l'hémostase, un sérum sanguinolent suinte des vaisseaux capillaires, constituant par son mélange avec l'humeur secretée normalement par le péritoine, une quantité assez importante de liquide qui, suivant les lois de la pesanteur, s'accumule dans les profondeurs du petit bassin et constitue des milieux de culture des mieux appropriés pour le développement ét la pullulation des microbes septiques.

Dans les cas d'hémorrhagie, l'examen des culs de sacs vaginaux est du plus grand intérêt. Lorsque l'épanchement siège dans le cul de sac postérieur, celui-ci est effacé et le vagin rétréci. Par le rectum, on constate encore la dépression qu'il exerce sur cet intestin ; c'est au point que le doigt, dans certains cas, a peine à en parcourir le conduit. L'utérus est refoulé d'arrière en avant et de bas en haut contre le pubis. Le col, sous l'arcade pubienne, tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu à droite ou à gauche, est comme

enclavé et immobilisé dans cette position. Il est rare qu'on l'atteigne du premier coup, si l'on n'a pas l'habitude de cette exploration. Pour le découvrir, il faut le chercher dans un point très rapproché de la face postérieure du pubis.

Dans d'autres cas, on observe absolument le contraire; la malade a des besoins fréquents d'uriner, ou bien elle est dans l'impossibilité absolue d'accomplir cette fonction. Le toucher permet de constater une tumeur mollasse, renitente, siégeant dans le cul de sac antérieur. Le col est en rétroversion.

L'analyse de ces divers examens permettra bien au chirurgien de fixer son diagnostic. Il ne peut malheureusement arriver au dégré de précision rêvé, à savoir : étant donné un épanchement sanguin à la suite d'une ovariotomie, quel est son point de départ. Nous verrons, dans le chapitre du traitement, quel profit il peut en retirer et quels avantages l'opérée doit attendre de ces diverses constatations.

Péritonite traumatique. — C'est une des complications la plus fréquente et la plus grave qui puisse succéder à l'ovariotomie.

Si l'on vient à pratiquer l'autopsie d'une opérée qui a succombé à une péritonite traumatique, on est frappé de l'extrême distension des colons qui se précipitent au-devant du couteau au moment de la section du tablier abdominal. Une fois les viscères découverts, on trouve qu'ils offrent une coloration rougeâtre dans toute leur étendue; le péritoine pariétal et viscéral est recouvert de fausses membranes qui agglutinent entre elles les anses de l'intestin grêle. Les épiploons sont eux aussi recouverts de membranes inflammatoires plus ou moins épaisses. On retrouve un liquide séro-purulent dans les points déclives.

Les capsules enveloppantes de la rate, du foie, sont le

siège d'exsudats inflammatoires. Le centre phrénique du diaphragme participe, dans beaucoup de cas, à cette généralisation phlegmasique.

Andral disait que le pus était la sécretion normale du péritoine enflammé. Cette assertion, établie sous forme de règle par son savant auteur, souffre des exceptions nombreuses, le pus ne survient, en effet, et ne se forme à la surface du péritoine que lorsque la péritonite dure depuis un certain nombre de jours. L'opérée survit-elle avec de la péritonite, six ou huit jours, on retrouve alors à l'autopsie une certaine quantité de pus accumulé dans le petit bassin par les effets de la pesanteur.

L'inflammation et les poches purulentes peuvent avoir surtout pour théâtre le petit bassin, constituant cette forme spéciale décrite sous le nom de palvi-péritonite suppurée. Sur les 50 cas rapportés par Terrier, trois de ses opérées succombèrent à cette complication.

Ces péritonites purulentes peuvent s'accompagner d'épanchements pleurétiques purulents, soit que la propagation se soit opérée par les stomates lymphatiques du diaphragme, soit qu'on observe en même temps les diverses lésions de l'infection purulente (arthrite purulente, abcès des viscères).

La péritonite traumatique ne procéde pas à grands fracas comme la péritonite par perforation notamment. Il y a au début un peu d'élévation de la température, 38°, 39°. La douleur du ventre, le météorisme sont à peine marqués. En appuyant assez fortement sur la paroi, ou arrive à développer une sensation douloureuse, sourde, profonde. Il y a de temps en temps des vomissements porracés, un peu de hoquet, puis le ventre se ballonne, les anses intestinales distendues par les gaz, se dessinent sous la paroi de l'abdomen. Le pouls est petit, fréquent. La respiration est précipitée, les poumons se trouvant énergiquement refoulés dans la cage thoracique, par le météorisme des viscères abdominaux.

Dans la plus grande majorité des cas, on retrouve bien

certains des symptômes émunérés plus haut; mais d'autres viennent s'y joindre qui défigurent totalement la physionomie de cette dernière description.

Les auteurs de pathologie rangeaient autrefois, sous la rubrique de péritonite, un certain nombre de lésions qui ont leur entité particulière, leur marche spéciale et qui demandent une description précise; je veux parler de la lymphangite inflammatoire du péritoine et de la septicémie péritonéale ou érysipèle du péritonie.

Lymphangite péritonéale. — La lymphangite inflammatoire du péritoine s'observe surtout à la suite des opérations qui ont eu pour siège le petit bassin, alors que l'utérus, les ligaments larges ou les ovaires étaient atteints par le bistouri. Cette affection débute au deuxième ou troisième jour de l'opération avec tous les symptômes des maladies inflammatoires : frisson d'un quart d'heure de durée environ, élévation de la température, 38°, 39°, douleur assez vive dans les points envahis. Le plus souvent il n'y a ni météorisme, ni diarrhée. Au bout de trois ou quatre jours, tout rentre dans l'ordre. La température baisse et redevient normale; les symptômes locaux s'amendent, et l'opérée va de mieux en mieux jusqu'à la guérison complète, qui ne se fait guère attendre.

Septicémie péritonéale, lymphangite septique. — Décrite aussi sous le nom de lymphangite érysipélateuse, de septicémie puerpérale après ovariotonie, cette complication offre des phénomènes généraux d'une extrême gravité; frisson général intense de 45 minutes, une heure et deux heures de durée, altération profonde des traits. La peau de la face devient pâle et cirreuse; on observe des fuliginosités des gencives, des dents, de la langue qui se sèche, de la diarrhée fétide et noirâtre, des vomissements, de la dyspuée, des

douleurs de tête, une sensation de cuisson au niveau de la plaie dont les bords sont désunis, offrant un aspect lactescent et pâle, et laissant écouler un liquide de mauvaise odeur. Des points douloureux articulaires ou viscéraux peuvent dès le début faire leur apparition et indiquer des collections purulentes en période de formation. Mais le plus habituellement les opérées succombent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures à la gravité des phénomènes généraux, adynamie, élévation excessive de la température. A l'autopsie, rien de net du côté du péritoine, mais des congestions plus ou moins intenses dans les différents viscères, un liquide séro-sanguinolent remplissant les points déclives et ayant une odeur infecte, tels sont les points de repère important de cette complication.

Les cultures et les inoculations seraient dans ces cas un bon moyen de reconnaître la nature de la maladie. Leurat (Paris, 1878), après avoir rapporté un nombre respectable d'observations très concluantes prises dans le service de Duplay, et discuté longuement la question, émet l'opinion que dans ces cas les malades succombent à la septicémie aiguë. C'est une opinion déjà admise depuis longtemps, en Angleterre et en Amérique.

Voici du reste ses conclusions :

1° Après l'ovariotomie, un certain nombre de malades succombent sans présenter ni les symptômes, ni les lésions d'une péritonite ;

2° Ces symptômes et ces lésions (fièvre rapidement ascendante et congestions viscérales) présentent au contraire beaucoup d'analogie avec les accidents de la septicémie aiguë ;

3° C'est donc à une absorption des produits septiques par la séreuse abdominale que doit être attribuée la mort des malades.

Lorsque les liquides septiques baignent le péritoine et les intestins après l'opération, « les opérées, » dit Kœberlé, « éprouvent, en général, des coliques plus ou moins continues, plus ou moins vives. La peau devient sèche, ainsi que la langue; la température s'élève, la respiration s'accélère, le pouls faiblit, devient irrégulier; la soif est vive; l'urine devient foncée. Les opérées deviennent anxieuses, agitées, se plaignent de ne pas avoir d'air. Le ventre se ballonne peu à peu, à moins que la septicémie, qui accompagne ordinairement la péritonite, ne soit très grave, et alors les opérées succombent au bout de trente à trente-six heures. Lorsque la septicémie a une marche rapide, elle commence habituellement quatre ou cinq heures après l'opération, et se reconnaît de suite à l'irrégularité du pouls, qui ne tarde pas à devenir filiforme. Le teint devient terreux, cadavéreux; la respiration est de plus en plus accélérée, irrégulière. La température s'élève jusqu'à 41°. La décomposition cadavérique fait des progrès rapides après la mort. »

Dans d'autres cas, ces accidents de septicémie ne se produisent pas avec la même fougue, la même intensité et surtout à si brève échéance. Terrier a publié, dans sa *Revue de chirurgie* de 1881, une observation des plus intéressantes, dans laquelle sa malade succomba à la septicémie sept mois après une ovariotomie incomplète.

L'opération fut faite le 18 février 1880. Incision sur la ligne médiane de trois centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'à trois centimètres du pubis. Ponction du kyste très facilement mis à nu. Les adhérences avec la paroi abdominale antérieure sont faciles à déchirer; ces adhérences se prolongent jusque sur le colon transverse et la partie supérieure du colon ascendant. On parvient à les rompre, mais bientôt on constate que la poche kystique adhère intimement à la fin de la colonne lombaire et à l'excavation pelvienne. L'énucléation complète du kyste étant impossible,

l'opération fut terminée en suturant les parois du kyste aux bords de l'ouverture abdominale.

On fit du drainage et du lavage des cavités, tout en ayant recours à la méthode antiseptique. Deux mois après l'opération, la malade était dans un excellent état. Il existait une fistule laissant passer un gros tube à drainage qui pénétrait à cinq centimètres de profondeur vers l'excavation pelvienne. L'écoulement, toujours très visqueux, était assez peu abondant pour ne nécessiter qu'un pansement par vingt-quatre heures. Après sa sortie de l'hôpital, l'opérée eut, à trois reprises différentes, des frissons avec diarrhée et vomissements. Le 12 septembre, elle succombait épuisée par la septicémie.

Inflammation du pédicule. — C'est encore une des complications la plus fréquente de l'ovariotomie. Cette inflammation circonscrite rappelle les symptômes de la lymphangite simple inflammatoire : douleur à son niveau, frisson, fièvre, élévation de la température (38°, 39°); si la suppuration s'établit, la fièvre continue avec exacerbation chaque soir. Le faciès devient pâle, la malade maigrit; elle accuse des élancements dans le bas-ventre, au niveau du pédicule.

L'inspection de l'abdomen révèle un développement anormal de la région sous-ombilicale, avec une voussure unilatérale du côté atteint. Comme conséquence du refoulement en avant des parois abdominales, le pli de l'aine est plus profond. Il n'existe pas de changement dans la couleur de la peau. La palpation révèle un empâtement douloureux à un travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart. Dans quelques cas, il y a du gonflement douloureux des ganglions du pli de l'aine. Ce fait, extraordinaire au premier abord, s'explique aisément, car il ne faut pas oublier que les lymphatiques superficiels du pli de l'aine communiquent doublement avec ceux de la fosse iliaque par les

vaisseaux qui traversent le fascia cribriformis pour gagner les lymphatiques profonds, et enfin par le ganglion qui occupe généralement l'orifice du canal inguino-crural.

Stuger cite dans sa thèse le cas d'une femme qui, à la suite d'une déchirure du col utérin, a présenté les symptômes d'un adéno-phlegmon du ligament large droit, puis de la fosse iliaque. Deux mois plus tard, il existait une adénite intense du pli de l'aine du même côté, au-dessous du ligament de Poupart. Il n'y avait eu, dans ce cas, aucune lésion du périnée et de l'anus, ni des organes génitaux.

D'un autre côté, Guyot, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1856), démontre que des abcès ganglionnaires du pli de l'aine se sont terminés par péritonite. En 1883, j'ai observé dans le service de M. le professeur Lanelongue, de Bordeaux, une jeune femme qui, à la suite de ses couches, avait eu une éruption impétigineuse de la région fessière. Elle vint à l'hôpital Saint-André, se plaignant d'une douleur très vive dans le pli de l'aine et dans la fosse iliaque gauche. Température à 39° et 40°, frissons et fièvre chaque soir, sueurs, prostration profonde, perte d'appétit, état général grave. L'empâtement de ces régions s'accusait de plus en plus. Après vingt jours, la fluctuation devenait évidente; M. Lanelongue pratiquait une incision au point proéminent qui se trouvait placé au-dessous du ligament de Poupart, à la partie externe des vaisseaux cruraux. La poche vidée, le doigt pénétrait profondément dans la fosse iliaque où on plaça un gros drain. Nous avions assisté au développement de la lymphangite et de l'adénite inguinale dont l'inflammation s'était transmise au tissu conjonctif et aux ganglions de la fosse iliaque.

Il ne me paraît pas utile de faire ici la description du phlegmon de la fosse iliaque. Je crois avoir assez fait, en démontrant dans quelles conditions il vient compliquer l'ovariotomie.

On a pu observer des abcès consécutifs à des ligatures

perdues dans le péritoine qui, par suite de la diffusion du pus dans la séreuse, ont provoqué des accidents mortels.

Kœberlé, dans son article « Ovaires » du Dictionnaire de Jaccoud, dit en avoir rencontré plusieurs cas. Aujourd'hui, ces accidents sont moins à redouter par suite de l'application du catgut et des procédés minutieux d'antisepsie chirurgicale auxquels on a recours dans ces opérations.

Cazaux (thèse de Paris, 1858) rapporte un fait de Lizars dans lequel l'opérée succomba à de la gangrène du péritoine. Je ne m'explique guère comment une membrane aussi vasculaire peut être frappée de gangrène. Il peut se faire, cependant, qu'on observe certains îlots mortifiés à la suite des strictions, des tiraillements amenés par les pinces hémostatiques, ou bien encore par les ligatures multiples faites sur les surfaces saignantes des points adhérents.

Il est regrettable qu'on ne trouve pas, signalés dans ces observations, les points précis sur lesquels siégeait la lésion, leur étendue. Ce sont précisément ces omissions de détail qui ne me font accepter ces faits que sous bénéfice d'inventaire.

Gangrène de l'intestin. — Cette complication peut se produire dans des conditions différentes et sous l'influence de causes variées, aussi me paraît-il nécessaire d'indiquer, dès l'abord, dans quelles circonstances on peut l'observer.

L'intestin est sphacelé soit à la suite des manœuvres opératoires, soit consécutivement par suite d'obstruction intestinale due à des brides inflammatoires du péritoine.

Dans un grand nombre d'ovariotomies, on rencontre, au moment de l'opération, une anse intestinale recouvrant la tumeur et ayant contracté avec elle de fortes adhérences. Le chirurgien doit procéder au décollement de cette anse avec la plus grande prudence, de façon à ne déterminer aucune blessure. Ces manœuvres amènent toujours une

hémorrhagie assez abondante pour nécessiter l'emploi des pinces hémostatiques et l'application de nombreuses ligatures au catgut. Je me demande si certains cas de gangrène de l'intestin, signalés dans la thèse de Cazaux (Paris 1858), et dont la cause a été complètement ignorée, n'étaient pas dus à ces différents traumatismes.

M. Polaillon a fait paraître, dans la *Revue de Gynécologie* de 1882, une observation de fistule stercorale qui a succédé à une péritonite suppurée. Il s'agissait d'une femme de trente-trois ans, couturière, qui entra à la Pitié le 20 mars 1878. Pas d'antécédents héréditaires. Au mois de mai 1877, la malade avait constaté que son ventre augmentait de volume, qu'il était un peu douloureux du côté gauche, et que, dans ce point, elle sentait une tumeur qui roulait sous la peau. Depuis cette époque, l'accroissement du ventre avait fait des progrès constants.

Le 18 août et le 30 octobre 1877, on pratiqua des ponctions qui permirent de retirer 11 litres d'un liquide transparent et un peu verdâtre. Le ventre continuant à se développer, la malade se décide à se faire opérer le 30 octobre 1878.

Précautions antiseptiques. Incision sur la ligne médiane partant du pubis et remontant à 12 centimètres. Arrivé sur le péritoine qui est très épais, plusieurs aides pensent qu'il s'agit de la paroi du kyste. M. Polaillon ponctionne avec le gros trocart. La membrane ponctionnée se déchire autour de l'instrument et il s'échappe, par le trocart et par la déchirure, une grande quantité de liquide citrin, analogue à de l'urine. A travers l'ouverture faite par le trocart et agrandie par la déchirure, le chirurgien aperçoit à la partie supérieure, une anse intestinale nageant dans le liquide abdominal. On se trouve donc dans la cavité du péritoine et le liquide est ascitique. Le péritoine est alors incisé dans la même étendue que la peau et les tissus sous-jacents. Au niveau de l'ouverture viennent se présenter deux masses bosselées, dures, adhérentes l'une à l'autre, grosses comme

le poing et développées dans le ligament large gauche. Le pédicule est saisi avec le serre-nœud de Cintrat; l'ablation s'accomplit sans hémorrhagie. Le pédicule est placé entre les lèvres de la plaie abdominale. Sutures profondes et superficielles. Couche d'ouate collodionnée sur le ventre. Péritonite consécutive. Abcès du pédicule qui s'ouvre sept jours après l'opération, mélangé à des matières stercorales. La malade meurt et on pratique l'autopsie le 24 avril. La cavité abdominale contient une assez grande quantité de liquide séro-purulent; les anses intestinales sont accolées par des adhérences et circonscrivent complétement le foyer purulent qui est situé derrière la cicatrice de l'incision. Ce foyer communique avec l'extérieur par trois orifices fistuleux. A la partie inférieure, une anse intestinale qui appartient à l'S iliaque est perforée.

Spencer Wells a observé dans sa pratique quelques faits de fistules stercorales qui se sont produites à l'époque où il fixait le pédicule à la paroi abdominale. Depuis qu'il a *recours à la méthode du pédicule perdu, il n'a plus eu à constater pareille complication.*

Je n'entrerai pas dans les détails de l'étranglement interne qui se produit longtemps après l'ovariotomie au milieu des brides de péritonite. Ce serait reproduire inutilement une page classique de pathologie, parce que dans ces cas particuliers cette affection ne se présente sous aucun aspect spécial permettant d'attirer l'attention.

Hernies ventrales. — Les hernies ventrales ne sont pas chose rare après les laparatomies, quel que soit le motif qui les aient provoquées. Granville Bautock (British med., 1878) émet l'opinion qu'elles sont plus fréquentes à la suite de l'application du clamp et surtout du drainage. Il est aisé de comprendre que ce genre d'accident tende maintenant à

disparaître depuis que l'on adopte la ligature intra-péritonéale.

Cette hernie, causée par le refoulement des intestins par le diaphragme, se fait surtout à la partie inférieure de la cicatrice au niveau du pédicule. Elle s'établit lentement, détermine longtemps à l'avance des douleurs sourdes qui fatiguent les opérées.

Du péritonisme. — Il existe, après certaines ovariotomies, une série d'accidents péritonéaux dans lesquels les phénomènes nerveux dominent la scène et qui constituent un ensemble de troubles graves et souvent mortels, je veux parler du péritonisme décrit par Gubler.

Dans un remarquable mémoire, publié dans son journal de thérapeutique, le savant professeur enseigne: que les graves complications des lésions abdominales, mises sur le compte de la péritonite, n'appartiennent pas en propre à cette phlegmasie, qu'elles font parfois défaut et qu'elles apparaissent souvent en dehors de toute inflammation notable de la séreuse abdominale.

Le péritonisme est un syndrome morbide surajouté aux lésions traumatiques ou spontanées du bas ventre et constitué par des troubles sympathiques ou réflexes des grandes fonctions de la circulation et de l'hémostase. Le professeur Gubler impose le nom de péritonisme, afin d'exprimer son caractère nerveux et de constater son indépendance par rapport à la phlegmasie péritonéale.

Le péritonisme peut donc être à lui seul une complication de l'ovariotomie, ou bien il peut être lié à la péritonite traumatique consécutive. Cette complication est assez fréquente chez les femmes excitables et nerveuses; aussi, la connaissance de ce fait est-elle de la plus grande importance pour le traitement. On a cependant fait cette remarque, c'est que l'excitabilité nerveuse était singulièrement refrénée dans ces grandes opérations par des doses assez considérables de

chloroforme absorbées par la patiente. Quoi qu'il en soit, nous étudierons, dans le chapitre traitement, les moyens auxquels il faudra recourir en pareils cas.

Complications qui peuvent survenir du côté de l'utérus. — A part les diverses modifications inflammatoires que la péritonite fait subir à l'utérus, à part les collections purulentes qui peuvent se former à son pourtour et sur lesquelles je crois avoir suffisamment insisté au début de ce travail, il existe une forme de phlegmasie chronique atrophique sur laquelle Freund a particulièrement insisté. Il se formerait d'abord, dans ces cas, une inflammation hyperplasique du tissu conjonctif qui dans les périodes plus avancées se retracterait à la façon du tissu cicatriciel. Sous l'influence de cette rétraction les vaisseaux sont comprimés. Il en résulte des troubles circulatoires aboutissant à une atrophie du tissu conjonctif du petit bassin, si bien que chez une jeune femme de trente ans les organes génitaux présenteraient l'état que l'on observe généralement sur celles qui ont dépassé la cinquantaine. Les symptômes de cette sorte de phlegmasie atrophique consistent toujours, d'après Freund, en douleurs profondes dans le bassin, douleurs pendant le coït, et surtout en des accidents hystériques. Cette affection serait consécutive à un excès d'irritation des nerfs qui se rendent aux organes génitaux.

On s'est demandé quelles modifications organiques l'ovariotomie produisait sur l'utérus. On a noté à cet égard des faits bien dissemblables. Dans le plus grand nombre de cas, on a observé de l'atrophie; chez d'autres malades, au contraire, de l'hypertrophie.

Battey publia une très curieuse évolution chez une femme de trente-huit ans qui avait eu trois enfants. L'utérus, 18 mois après l'opération, n'était pas plus volumineux que celui d'un enfant de six ans.

Hégar parle d'un médecin du nom de Robert, qui vit dans

les Indes des filles castrées dès leur enfance. Outre les modifications générales, il remarqua spécialement une atrophie des mamelles, une petite vulve, l'arcade pubienne si étroite que les branches ascendantes de l'ischion se touchaient presque.

Il est facile de concevoir un arrêt de développement des organes sexuels quand une castration est pratiquée dans l'enfance et que la puberté ne peut avoir lieu. Cela est tout à fait d'accord avec les résultats obtenus en expérimentant la castration chez les animaux jeunes. Sur les animaux vieux on a signalé une diminution proportionnelle dans le volume des cornes utérines.

Battey est parti de ce fait que l'ablation des ovaires déterminait l'atrophie utérine pour instituer son opération contre les fibromes inopérables de l'utérus. Les résultats fournis jusqu'à ce jour par cette méthode ne sont pas des plus encourageants. Plus théorique que pratique, l'opération de Battey est tombée dans un certain discrédit à la Société de chirurgie de Paris, malgré les brillants plaidoyers de M. Terrier.

On trouve dans les *Annales de gynécologie* de 1877 un cas d'hypertrophie de l'utérus rapporté par Terrier et qui est le suivant : « femme opérée en 1875, morte en 1877 aux suites d'un épanchement pleurétique ». Le Dr Herbart qui fit l'autopsie, fut frappé par le volume de l'utérus qui faisait saillie au dessus du pubis. Du bord supérieur du ligament large du côté droit partait une bride qui adhérait à la partie inférieure de la cicatrice abdominale résultant de l'opération. Cette bride, plus large à son point d'adhésion à la paroi, n'était autre que le pédicule du kyste enlevé.

L'utérus offrait un volume anormal et était hypertrophié du côté droit, c'est-à-dire du côté de l'ovaire kystique. Voici les dimensions rapportées par le Dr Herbart.

Longueur..... 90 millimètres.
Largeur..... 70 —
Epaisseur ..... 30 —

La cavité utérine était notablement plus vaste que normalement. Le ligament large du côté droit offrait à son bord supérieur une bride assez étendue qui adhérait à la partie inférieure de la plaie faitè pour l'ovariotomie. Cette bride était constituée par le ligament de l'ovaire et la trompe. Du côté gauche l'ovaire était le siège d'un kyste du volume d'une tête de fœtus. Ce kyste était multiloculaire et présentait une grande poche remplie d'eau.

Ce sont-là des faits contradictoires et sur lesquels il me paraît important de m'arrêter un instant.

La grande majorité des auteurs rapporte qu'à la suite de l'ablation des ovaires, il se produit de l'atrophie utérine parce que cet organe ne reçoit plus à chaque époque menstruelle l'afflux sanguin qu'il subissait avant. Battey, frappé de ce fait physiologique, édifie son opération sur cette donnée. Hégar de Fribourg obtient les plus sérieux résultats en employant cette méthode pour les fibromes utérins. Duplay l'introduisit en France en 1879, et il en posa ainsi l'indication. « L'opération de Battey doit se faire lorsqu'il s'agit de fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux, par conséquent inopérables par les voies naturelles. »

Parmi les malades guéries de leur opération, l'amélioration ou la cessation complète des métrorrhagies avaient été obtenues, d'après Duplay, (*Archives générales de médecine*, juillet 1885) 135 fois sur 145, ce qui est un chiffre extrêmement satisfaisant. La diminution des tumeurs utérines ne semble pas avoir suivi une proportion aussi favorable. En tout cas, le symptôme dangereux, l'hémorrhagie, a été écarté, et fort rarement, 9 fois sur 145, il a été noté un accroissement des fibro-mijomes.

L'ovariotomie produit donc plus habituellement l'atrophie de l'organe que l'hypertrophie. Il y a de plus dans l'observation présentée par M. Terrier cette particularité : l'hypertrophie existait surtout du côté droit du côté de l'ovaire enlevé, s'agissait-il bien d'une hypertrophie de l'utérus et non pas d'un mijome interstitiel? Il m'est difficile d'admettre une hypertrophie localisée d'un parenchyme. Dans le processus habituel de cette lésion, toutes les parties de l'organe prennent part à son développement, et l'on dit que l'hypertrophie est vraie toutes les fois que l'excès de nutrition et de développement a atteint également toutes les parties.

D'un autre côté la pathologie générale enseigne que si l'hypertrophie, au lieu d'être générale et de s'étendre à tous les tissus ou au moins à un seul tissu dans toute l'étendue de l'organe, n'atteint qu'un point limité et reste partielle, elle produit une tumeur et l'on a la transition entre l'hypertrophie et le néoplasme.

Ce point d'hypertrophie limité du côté droit qu'indique M. Terrier pouvait donc être produit par un fibrome interstitiel, et il est fâcheux qu'un examen plus approfondi n'ait pas été pratiqué.

Epistaxis utérine. — L'écoulement sanguin désigné sous le nom d'épistaxis utérine survient aussi bien après la laparatomie exploratrice qu'après l'ovariotomie. Après cette dernière opération cette perte sanguine est presque certaine, et si elle passe souvent inaperçue, c'est à cause de la petite quantité de sang perdu. Souvent elle se montre dès le soir même de l'opération, mais plus généralement le lendemain. Il est bon d'ajouter que jamais cette épistaxis utérine n'a été à proprement parler une complication. Il est bon cependant d'en être prévenu.

Au point de vue de la menstruation, l'ovariotomie peut donner lieu aux troubles les plus variés; avance des règles,

retard avec épistaxis ou écoulement passager qui ne change en rien la marche naturelle de la menstruation. Telle malade dont les règles étaient arrêtées depuis quelque temps par le fait du développement d'un Kyste ovarique, voit après l'opération ses règles reparaître régulièrement.

Les époques de retour des règles ne paraissent pas avoir présenté quelque chose de spécial quant à la date du flux. Pour ce qui regarde l'abondance, il y a quelques particularités. Peasle fait observer que la menstruation après l'ablation d'un seul ovaire, est aussi régulière qu'avant, bien qu'un peu diminuée en quantité et en durée. Ce changement amène à conclure que la congestion physiologique produite sous l'influence d'un seul ovaire est moins forte et moins persistante que celle déterminée par l'état naturel. Il est bien entendu que ceci est une hypothèse et nullement une affirmation absolue, car les exemples publiés ne sont pas encore très nombreux, et les comparaisons reposant sur des différences si minimes ne sont pas faciles à faire scientifiquement.

Après l'ovariotomie, la direction du sang qui s'écoule offre des particularités fort curieuses. Dans la majorité des cas, tout passe par le vagin; mais il est des exemples peu nombreux dans lesquels le sang est sorti par la cicatrice de l'abdomen. Ceci a été observé quand on s'est servi du clamp, suivant la méthode du pédicule, dite méthode extra-péritonéale.

Il existe à cet égard une observation curieuse de Duplay dont voici le résumé :

E..., trente ans, kyste multiloculaire. Opérée le 24 décembre 1879 à l'hôpital Lariboisière, sortie le 7 février 1880. Le pédicule fut fixé au dehors. Les règles ont paru le jour même de la sortie de la malade par les voies ordinaires.

Visitée le 10 octobre 1880, on constate les particularités suivantes :

La malade s'est mariée huit mois après l'opération. Pas de

grossesse, pas de dérangement dans la santé. Les règles viennent régulièrement et normalement. La cicatrice de l'abdomen paraît bonne, mais à chaque époque menstruelle, elle devient le siège d'un suintement sanguin. Il se forme un petit bouton rouge, violet. L'épiderme se soulève, et le suintement a lieu; puis au bout de cinq ou six jours, tout rentre dans l'ordre.

Dans les cas d'ovariotomie double, on peut établir comme principe absolu et reconnu par tous les anatomistes que l'ablation complète des deux ovaires amène un arrêt définitif des règles.

Il arrive quelquefois qu'on voit apparaître un écoulement sanguin peu abondant qui rentre dans le cadre des épistaxis utérines signalées plus haut.

L'ablation d'un seul ovaire n'empêche pas la grossesse. Plusieurs opérées sont devenues enceintes. Le cas de Fergusson est même tout particulièrement curieux. Il s'agit d'une malade qui, à sa dernière couche, après ovariotomie, a donné naissance à deux jumeaux. Il y a eu depuis un grand nombre de cas semblables à enregistrer.

Kœberlé a analysé les divers phénomènes qui se produisaient dans l'état général de ses opérées d'ovariotomie, et voilà ce qu'il a noté : « L'extirpation des ovaires n'apporte aucune modification. Ce sont comme des femmes arrivées brusquement à la ménopause. Les sentiments affectifs restent intacts; les organes génitaux demeurent excitables. Les seins ne s'atrophient pas ou guère. Ces femmes n'ont pas de tendance à prendre un embonpoint exagéré, lorsqu'elles n'avaient pas déjà une prédisposition à l'obésité. »

Malgré cette opinion de Kœberlé, basée sans nul doute sur l'observation d'un grand nombre d'opérées, il existe des observations assez nombreuses relatant un engraissement assez exagéré consécutif à l'ablation des deux ovaires.

Complications du côté de l'appareil urinaire. — Les divers incidents que l'on observe du côté de l'appareil urinaire ont pour théâtre, soit le rein, soit l'uretère, soit la vessie.

Thornton, dans le Brit méd. journal 1882, a noté un fait très-curieux d'anurie à la suite d'une ovariotomie. Il s'agissait d'une dame de 39 ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire. On avait remarqué avant l'opération que la peau était sèche et que l'urination se faisait assez régulièrement, bien qu'il n'y ait pas eu d'albumine. L'ovariotomie est pratiquée, et le second jour se montre une suppression presque complète des urines avec fièvre et chaleur. Sous l'influence des diurétiques, les urines redeviennent plus abondantes et plus claires. Le quatrième jour, l'irritabilité du rein reparaît, et avec elle, l'élévation de la température. Le sixième jour, la situation devenant critique et l'hyperthermie considérable, le chirurgien applique sur les bras des compresses imbibées d'eau glacée qui sont suivies immédiatement d'un mieux très-notable. On enlève les compresses, l'urine redevient rare, la fièvre considérable. On les replace, immédiatement la diurèse se produit à nouveau, et avec elle, l'abaissement de la fièvre. Guérison complète vers le quinzième jour.

On a signalé depuis longtemps l'altération granuleuse du rein dans le cours des tumeurs ovariennes volumineuses, et il faut toujours se méfier des accidents rénaux après l'ovariotomie, même s'il n'existe pas d'albuminurie.

Keith, d'Edimbourg, a observé quatre de ses opérées qui eurent des hémorrhagies rénales après l'ovariotomie. Deux moururent. Keith fut lui-même atteint : il eut de l'hématurie, et il attribua ces divers accidents à l'emploi de l'acide phénique (american Practitioner, novembre 1881). A ce sujet il porta sur l'emploi de la méthode de Lister dans l'ovariotomie ce jugement sévère : « sécurité trompeuse et accidents toxiques fréquents. »

Il est bien démontré à l'heure actuelle que, malgré les précautions listériennes les plus scrupuleuses, malgré l'em-

ploi du spray, des éponges et des pièces de pansement phéniqués, on voit des opérées mourir de scepticémie 24 heures après l'opération. Puisque l'acide phénique a, dans bien des cas, produit des accidents toxiques et qu'il ne préserve pas des maladies infectieuses, est-ce bien là l'anti-septique rêvé de la chirurgie abdominale? Et n'y a-t-il pas lieu d'en tenter un autre? La liqueur de Van Swieten, sans spray, ne suffirait-elle pas pour les lavages des instruments et des éponges et n'assurerait-elle pas mieux les conditions anti-septiques recherchées? Le spray me paraît inutile en ville et à la campagne. Dans les amphithéâtres d'hôpitaux, on pulvériserait, deux heures avant l'opération, de la teinture d'Eucalyptus et la routine seule aurait peut-être tout à y perdre.

Les lésions de l'uretère dans l'ovariotomie sont rares : j'ai pu cependant en recueillir deux observations.

Terrillon a présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 27 février 1884, les pièces anatomo-pathologiques d'une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire, qu'il était sur le point d'opérer, lorsque la malade mourut d'une affection intercurrente.

Cette pièce montre de la manière la plus nette que le kyste est inclus entre les feuillets du ligament large avec adhérences à ces mêmes feuillets et à l'uretère droit. Il est facile de voir que l'opération, dans ce cas, eût été des plus laborieuses, lorsqu'on serait arrivé aux adhérences avec l'uretère.

Il existe jusqu'à aujourd'hui deux observations de fistules de l'uretère consécutives à des ovariotomies. La première appartient à Simon qui, en 1870, observe à la suite d'une ovariotomie une fistule urinaire à l'angle inférieur de la cicatrice. Il pratiqua la néphrectomie.

Billroth, en 1883, à la suite d'une ovariotomie double pour un kyste multiloculaire, observa lui aussi une fistule urètéro-abdominale pour laquelle il pratiqua la néphrectomie. La malade mourut.

Il est bon de remarquer que, dans ces deux cas, la fistule était placée immédiatement au niveau de la plaie, et bien que je n'aie pu retrouver ces observations complètes, il est de toute probabilité que le pédicule avait été attiré à l'extérieur au moyen du clamp. Le pédicule perdu dans la cavité abdominale supprime ces complications.

Les complications viscérales qui succèdent à l'ovariotomie sont très simples. Il y a, dans les premiers jours, de l'inertie vésicale, et, par suite, un peu de rétention d'urine. La première fois que l'on sonde la malade, on retire souvent de l'urine sanguinolente, soit que la vessie ait été tiraillée durant le courant de l'opération, soit que les troubles de circulation immédiats, provoqués par les ligatures des vaisseaux utéro-ovariens, aient déterminé de l'hypérémie avec extravasation sanguine de la muqueuse vésicale. Les hématuries sont de peu d'importance et disparaissent le plus habituellement dans les quelques heures qui suivent l'opération.

Accidents qui peuvent se présenter du côté du foie. — Kœberlé signale un fait d'ovariotomie dans lequel il fit une petite blessure au foie, ce qui donna lieu à un suintement de bile et de sang qu'il réussit à arrêter en appliquant sur la surface blessée le doigt enduit d'un peu de perchlorure de fer et en le maintenant ainsi pendant quelque temps.

On a noté à la suite des ovariotomies des ictères passagers dont on a voulu établir la pathogénie. Les jaunisses se rattachent à deux causes : soit au refroidissement, soit à l'état moral de l'opérée. Dans quelques kystes volumineux de l'ovaire, il n'est pas rare qu'il faille faire remonter l'incision au-dessus de l'ombilic ; aussi les organes splanchniques de la cavité abdominale subissent très souvent le froid qui agit dans ces cas comme dans les circonstances ordinaires.

La susceptibilité nerveuse de certaines malades, leur

impressionnabilité agissent aussi pour déterminer l'ictère. Les expériences de Claude Bernard permettent de supposer avec raison que l'ictère, dans ces cas, dépend surtout des troubles de sécrétion survenus par l'intervention du système nerveux. Il est probable que la sécrétion biliaire est augmentée, que, dès lors, l'afflux biliaire ne trouve plus les canaux suffisants à son excrétion et qu'il en résulte une pression plus forte au niveau des capillaires hépatiques.

L'ictère par lui-même n'offre en pareil cas aucune gravité. Les injections sous-cutanées de bile, pratiquées sur les animaux, n'ont déterminé aucune modification de l'état général, à part un peu de ralentissement du pouls. Un fait important à noter, c'est la grande tendance des ictériques aux hémorrhagies. Quoiqu'il en soit, l'ictère après l'ovariotomie, sans être une complication grave, est un accident qui retarde la cicatrisation de la plaie et qui, s'il persiste, peut amener des troubles gastro-intestinaux qui ne concourent pas au rétablissement rapide de l'opérée.

Accidents du côté de l'estomac. — Les vomissements doivent éveiller l'attention du chirurgien, car, suivant l'époque de leur apparition, ils peuvent tenir à trois causes distinctes sur lesquelles il est bon de s'appesantir. Surviennent-ils immédiatement après l'opération et la malade accuse-t-elle l'odeur de chloroforme dans la bouche, c'est sans nul doute sous l'influence de l'absorption de ce médicament qu'ils se produisent. Ils peuvent ainsi persister pendant vingt-quatre heures. Tout ce que boit, tout ce que prend l'opérée, lui semble être mélangé à du chloroforme, de l'odeur duquel elle ne peut se débarrasser. Si le vomissement est bien sous la dépendance de cette cause, l'état général est bon, la température normale, le ventre souple et non douloureux. On l'a vu se prolonger deux ou trois jours après l'opération, compliquant singulièrement le cicatrisation de la plaie abdominale.

Dans le cas contraire, il faut toujours se méfier des vomissements qu'on observe quelques heures après l'opération. Pour peu que la température soit élevée, que la face de la malade soit un peu pâle, les traits étirés, la peau de la face un peu jaunie, qu'elle accuse des douleurs abdominales, il y a tout lieu de craindre des phénomènes de septicémie dont les vomissements sont les témoins.

Enfin si ces vomissements ont lieu 24 à 48 heures après l'opération, alors que les phénomènes généraux décrits ci-dessus se compliquent de ballonnements et que les traits de la face deviennent nettement hippocratiques, il y a lieu d'avoir les plus grandes inquiétudes; le vomissement est ici le symptôme précurseur de la péritonite.

Accidents du côté de la rate et du pancréas. — Je ne connais aucune complication survenant après l'ovariotomie du côté de la rate et du pancréas, et dans les nombreuses recherches que j'ai faites dans les revues spéciales, je n'ai pas rencontré d'observations relatant des faits sur ce sujet.

Accidents du côté des poumons. — Parmi les affections pleuro-pulmonaire qui se développent à la suite de l'ovariotomie, la pleurésie est une des plus fréquentes, soit qu'elle soit produite par le refroidissement de la malade forcément découverte pendant l'opération et passant souvent d'un amphithéâtre d'opération surchauffé dans une chambre à température plus basse, soit encore qu'elle se développe par propagation de l'inflammation du péritoine aux stomates et vaisseaux lymphatiques du diaphragme et de là aux vaisseaux pleuraux.

Polaillon publie dans la *Revue de gynécologie* de 1882 l'observation d'une de ses malades, déjà citée dans le cours de ce travail au sujet des fistules stercorales, qui succomba à une pleurésie gauche par propagation.

On a observé en pareils cas des pneumonies et broncho-pneumonies absolument indépendantes du traumatisme et qui étaient amenées par le refroidissement. M. le Dr Courtin m'a communiqué une observation d'une malade du service du professeur Lanelongue qui succomba 12 jours après une ovariotomie d'une broncho-pneumonie à *frigore* double, alors qu'elle était guérie de son opération. La nécropsie fut pratiquée. Il n'y avait pas trace de péritonite et de septicémie, et l'opérée avait bien succombé aux lésions pulmonaires.

Chez les malades âgées, on voit souvent survenir, vers le huitième jour, alors que tout marche normalement, une dyspuée intense sans mouvement fébrile, sans élévation de température. Vient-on à percuter la poitrine, on observe de la submatité aux deux bases et on perçoit une respiration soufflante à ce niveau et quelques râles muqueux dans toute l'étendue des poumons, pas de toux, pas de crachats. Ce sont là les phénomènes de l'hypastase contre lesquels il est bon d'agir énergiquement, car ils prédisposent particulièrement à la broncho-pneumonie.

Accidents du côté du système circulatoire. — La phlegmatia alba dolens est une complication assez fréquente de l'ovariotomie. La description de cette affection me paraît inutile ici, car la maladie se comporte dans ces cas particuliers comme à la suite des couches.

Une complication bien plus grave, c'est l'embolie pulmonaire qui emporte les opérées dans quelques minutes.

Martin de Berlin rapporte dans les *Ann. Berlin Klin Wochenschrifft*, 1883, N° 10, l'observation d'une de ces opérées qui succomba le treizième jour subitement à une embolie pulmonaire.

Polaillon publie dans les *Annales de gynécologie* de 1882 la relation d'une mort par embolie pulmonaire douze jours

après une incision exploratrice pour une tumeur de l'abdomen dont voici les détails. « Blaive, couturière, âgée de trente-sept ans, entre à la Pitié le 15 février 1879, salle Sainte-Eugénie, dans le service de Dumontpallier. Enfant à terme, il y a quatre ans; le ventre a commencé à grossir depuis cette époque ; l'accroissement a été rapide depuis quatre mois. Trois ponctions furent faites par Dumontpallier, qui donnèrent toutes issue à un liquide sanguinolent très fluide et non visqueux. L'opération eut lieu le 8 juin 1879. Précautions anti-septiques. M. Polaillon procède avec une grande circonspection. La peau est incisée sur la ligne médiane dans l'étendue de 8 centimètres seulement. Arrivé sur le péritoine, étroite incision qui évacue une partie de ce liquide et permet l'introduction de doigt qui ne tarde pas à sentir des anses intestinales. Il s'agissait d'une ascite enkystée. Plongeant alors le doigt vers le petit bassin, le chirurgien rencontre une quantité de végétations polypiformes implantées sur le ligament large gauche, sur l'utérus et dans le cul-de-sac recto-vaginal. L'opérateur détache avec le doigt quelques-unes de ces productions morbides, mais reconnaît bientôt qu'il serait impossible de les enlever toutes, que cette ablation produirait un écoulement de sang difficile à arrêter et dont l'accumulation dans le petit bassin occasionnerait de graves accidents. Or, ne voulant pas aggraver l'intervention chirurgicale d'une part, d'une autre part jugeant qu'il ne serait pas utile d'enlever partiellement ces productions, probablement cancéreuses, il borna l'opération à l'incision exploratrice. Le 20, c'est-à-dire 12 jours après l'opération, elle mourut subitement après avoir fait quelques pas dans la salle.

L'autopsie démontra que la tumeur était développée aux dépens de l'ovaire gauche. Dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire, on constate des fragments de caillots. Dans les branches de l'artère pulmonaire, ces mêmes caillots oblitèrent le calibre du vaisseau.

D'où viennent ces embolies? La veine hypogastrique gauche, au niveau du voisinage de l'abouchement de la veine sacrée, contient un caillot adhérent à la paroi veineuse de la même nature, de la même couleur et de la même consistance que les caillots de l'artère pulmonaire.

Il faut savoir que dans ces genres d'opérations le traumatisme opératoire, la pression des doigts, des éponges ou des instruments peuvent quelquefois contondre les veines du bassin ou des organes voisins assez fortement pour produire la coagulation du sang dans l'intérieur de ces vaisseaux. Ces thromboses, ordinairement peu étendues ne se manifestent par aucun symptôme. Tout va bien tant que l'opérée garde le repos horizontal : fait-elle un mouvement, les caillots deviennent migrateurs.

Il faut donc, à la suite d'une ovariotomie, toujours prévoir la possibilité d'une embolie pulmonaire, et, pour cela, faire prendre les plus rigoureuses précautions de repos horizontal.

Accidents du côté des centres nerveux. — Les complications les plus fréquentes qui peuvent survenir du côté des centres nerveux sont le tétanos, la folie et le schock.

Le tétanos est généralement considéré comme une complication extrêmement rare de l'ovariotomie. Baker-Brown ne l'indique même pas parmi les dangers que l'on doit redouter à la suite de cette opération.

Peasle lui consacre seulement quelques lignes. Galley en parle comme d'un accident rare, dont quelques cas seulement ont été observés dans la pratique de Nélaton, Spencer, Wells, Stilling, Boinet, Murray, Humphry, Péan, Clay et Négroni. D'un autre côté, un praticien allemand, Hégard s'exprime ainsi : « Le tétanos a été fréquemment observé après l'ovariotomie, que le pédicule ait été traité par le clamp ou par la ligature, ce qui s'explique par la forte compression exercée sur les nerfs du pédicule.

Cette contradiction des auteurs donne un intérêt particulier à l'observation publiée par le Dr Parvin d'Indianopolis, dans l'*American gynecological transactions*, 1878, dont je rapporte ici un court résumé :

La malade, âgée de trente-six ans, mère de huit enfants, est examinée par le Dr Parvin en septembre 1876. Elle est atteinte d'une tumeur kystique de l'ovaire qui a été constatée déjà, il y a environ cinq ans. Pendant cette période, elle a eu trois grossesses normales; son dernier enfant était né en mars 1876.

La tumeur, qui était très volumineuse, fut ponctionnée au mois de mars 1877; mais le liquide se reproduit rapidement. L'ovariotomie fut décidée et pratiquée le 5 avril.

L'opération ne présenta aucune particularité notable, si ce n'est que l'anesthésie fut très longue et très difficile à obtenir. Le pédicule qui était long et mince fut traité par le clamp. La tumeur et son contenu pesaient environ quarante livres.

Le soir de l'opération, la malade était dans une situation satisfaisante, et pendant les trois ou quatre jours qui suivirent, son état était des plus encourageants. Le quatrième jour, la température était normale, le pouls à 96°, l'appétit suffisant. Deux des sutures abdominales furent enlevées. Les lèvres étaient à peu près réunies, sauf en un point où le pédicule se trouvait interposé. La guérison semblait extrêmement probable. Dans la nuit du cinquième jour, la malade se plaignit de la chaleur de la pièce et désira qu'on éteignit le feu. Le lendemain le pouls était à 100°, la peau froide. On observait déjà une certaine rigidité des muscles de la mâchoire. A trois heures le même jour il y eut un trismus très prononcé suivi de convulsions tétaniques, qui se prolongèrent jusqu'à la mort qui survint à sept heures.

La rareté de ce cas donna à Parvin l'idée de recueillir tous les faits de ce genre.

C'est ainsi qu'il a pu dresser le tableau suivant :

NOM DE L'OPÉRATEUR	AGE	NATURE DE LA TUMEUR	OBSERVATION	DATE DU TÉTANOS après l'opération	RÉSULTAT
Murray	27 ans.	multiloculaire.	trois ligat. sur le pédicule.	12 jours.	mort.
Spencer Wels	41 ans.	multiloculaire.	clamp.	15 jours.	guérison.
—	38 ans.	multiloculaire.	pédicule court, applicat. difficile du clamp.	8 jours.	mort.
—	30 ans.	uniloculaire.	clamp.	12 jours.	mort.
Nélaton	manque.	manque.	clamp.	16 jours.	mort.
Kaltenbach	35 ans.	uniloculaire.	clamp.	7 jours.	mort.
—	38 ans.	multiloculaire.	clamp et ligature.	9 jours.	mort.
Stilling	45 ans.	multiloculaire.	clamp.	12 jours.	mort.
Gilman Kimball	35 ans.	multiloculaire.	clamp et ligature.	26 jours.	mort.
Boduet	30 ans.	multi-adhérences.	ligature.	5 jours.	mort.
Grégory	26 ans.	multi-adhérences nombreuses.	ligature et clamp.	5 jours.	mort.
Parvin	36 ans.	multi-adhérences.	clamp.	5 jours.	mort.
Gilman Kimball	47 ans.	multi-adhérences avec le colon.	clamp.	3 jours.	mort.

Depuis l'abandon du pédicule dans la cavité abdominale, les cas de tétanos ont considérablement diminué ; j'ai recherché en vain des observations et n'en ai point trouvé. Le clamp paraît donc le seul coupable. A part les tiraillements qu'il exerçait sur les tissus, il agissait en aveugle, comprenant des filets nerveux et déterminant une irritation pénible et incessante.

Cette pratique ne rappelle-t-elle pas la ligature en masse du cordon, si souvent suivie de tétanos, accident auquel on a pu remédier en conseillant la dissection attentive de ses éléments et en recommandant au chirurgien de lier séparément les artères spermatique, déférentielle et funiculaire? Le pédicule du kyste de l'ovaire ne fait-il pas songer au cordon spermatique, et n'y a-t-il pas lieu d'user vis-à-vis de lui des mêmes précautions ?

Barwell a publié, dans *la Semaine médicale* du 25 mars 1885, une observation très intéressante relatant des troubles psychiques après l'ovariotomie. Une femme de vingt-neuf ans étant entrée à l'hôpital de Charing-Cross pour un kyste de l'ovaire gauche, Barwell extirpa la tumeur, lia le pédicule avec de la soie et réunit la plaie d'après la méthode ordinaire.

Le troisième jour, la malade eut un accès de fièvre qui ne dura pas longtemps. Le cinquième jour, la plaie était fermée. Le 3 novembre, six jours après l'opération, la malade, qui avait un caractère docile, quoique assez vif, devint irritable et désagréable, et, le huitième jour, elle était folle. On fut obligé, à cause de sa violence, de prescrire des inhalations de chloroforme et des injections de morphine. L'attaque de manie dura quatorze jours et se termina par la guérison.

L'anamnèse ayant montré qu'il ne pouvait être question de prédisposition héréditaire chez cette femme, Barwell se croit obligé à admettre que l'ovariotomie a été la cause des troubles psychiques observés.

Bryant croit qu'il existe un rapport entre l'ovariotomie et

certains troubles psychiques. Il a observé deux cas de manie après cette opération, et Lawsontait en a décrit plusieurs.

Alban Doran a vu se développer une attaque de manie aiguë chez une femme de vingt ans, trois semaines après l'extirpation des deux ovaires.

Meredith pense que les cas de manie après l'ovariotomie sont loin d'être rares. L'attaque débute, en général, dans le cours de la semaine qui suit l'opération.

Benham fait remarquer que la nature de la manie puerpérale n'est pas encore expliquée d'une manière satisfaisante. Peut-être les causes sont-elles les mêmes que celles de la manie qui se déclare après l'ovariotomie.

Le choc traumatique est une des complications fréquentes de l'ovariotomie. Lorsque l'opérée est restée longtemps sous l'influence du chloroforme, lorsqu'elle s'est refroidie par suite de la longueur de l'opération, lorsqu'elle a perdu une certaine quantité de sang, elle a été placée dans les meilleures conditions pour contracter le choc.

On la reporte dans son lit; elle est étendue, insensible et silencieuse, le visage abattu, les traits tirés, les narines dilatées. Les yeux sont éteints, sans éclat, à demi-voilés par les paupières et cerclés de noir; les pupilles sont dilatées et se contractent lentement; le regard exprime l'indifférence et le vague; la peau et les muqueuses sont d'une blancheur marmoréenne; les mains et les lèvres sont un peu bleuâtres; sueurs sur le front; la température de l'aisselle et celle du rectum sont inférieures de 1° à 1° et demi à la température normale. La sensibilité de tout le corps est considérablement amoindrie, et ce n'est qu'après de très fortes excitations que la patiente entr'ouvre les yeux, contracte un peu son visage et fait quelques légers mouvements. Elle ne remue aucun membre spontanément, et ce n'est qu'à la suite des excitations énergiques que l'on provoque quelques mouvements de courte durée. Les membres élevés retombent comme une

masse; les sphincters ne sont pas relâchés. Pas d'albumine dans les urines, que l'on peut recueillir à l'instant avec la sonde. Le pouls est à peine sensible, irrégulier, inégal. Les artères sont comme réduites de volume, et leur tension est très faible.

Néanmoins la malade a .toute sa lucidité d'esprit, elle répond lentement et seulement après des questions répétées et fréquentes, mais la réponse est conforme à la demande. Ce n'est qu'après de pressantes questions que la malade se plaint de froid, de faiblesse, de picotements dans tous les membres. Quand elle ouvre les yeux, elle éprouve du malaise et du vertige. Les organes des sens ont leur acuité normale.

La respiration est irrégulière, très profonde, suspirieuse, de larges inspirations alternent avec d'autres très superficielles, fréquentes, pouvant à peine être vues et entendues.

Il y a des vomissements et des nausées. Fischer, de Breslau, fait remarquer, non sans raison, que l'aspect, le refroidissement, l'enrouement de la voix rappellent à l'esprit de l'observateur attentif les symptômes du choléra; il ne manque que les évacuations caractéristiques.

Tel est le tableau des symptômes présentés par l'opérée atteinte du choc. Il nous reste à passer en revue les diverses théories pathogéniques qui ont vu le jour, pour en interpréter les diverses nuances.

Je me vois obligé pour faire un résumé succinct de cette question de puiser dans la thèse du professeur agrégé Piéchaud un grand nombre de documents.

Il divise l'étude de cette complication du traumatisme en deux périodes distinctes. Dans la première il dit: « L'observation, dégagée de toute tendance à expliquer physiologiquement les faits, se distingue par la simplicité, et nous pourrions dire la précision des descriptions données.

La seconde période au contraire bien plus riche en travaux, est une période pour ainsi dire physiologique. La clini-

que semble ici perdre ses droits et les affirmations inverses se croisent à tel point qu'il est difficile de se faire une opinion.

Quoi qu'il en soit, M. Piéchaud résume la pensée des auteurs et la science relativement au mode pathogénique dans les lignes suivantes.

Quand les irritations des nerfs sensibles de la vie de relation ou du système sympathique sont soudaines et violentes, ce qui correspond aux cas habituels du traumatisme, on observe chez les animaux les quatre phénomènes essentiels suivants:

1° Arrêt passager et ralentissement consécutif persistant des battements du cœur, avec diminution de l'énergie impulsive.

2° Le resserrement ou la dilatation initiale des vaisseaux avec relâchement consécutif persistant.

3° Coloration rouge du sang veineux, qui peut être attribuée à deux causes : *a)* Le passage plus rapide du sang à travers les capillaires par suite de la paralysie vasculaire; *b)* l'arrêt de la diminution des échanges entre le sang et les tissus, comme l'a signalé Brown-Séquard le premier.

4° La diminution de la température centrale.

Ce dernier point peut être considéré comme le résultat direct de la diminution des échanges entre le sang et les tissus puisqu'il est démontré aujourd'hui que l'une des principales sources de la chaleur animale est précisément dans l'activité des combustions organiques.

Il termine en disant qu'au point de vue physiologique, le choc paraît être le résultat d'une action réflexe qui, partie d'une vive impression, réagit par les centres sur le cœur et les vaisseaux.

L'opérée reste quelques heures sous l'influence du choc traumatique, immobilisée dans son lit, elle commence à faire quelques mouvements, elle suit des yeux les personnes qui

l'entourent; elle répond même à leurs questions entre deux périodes de somnolence, elle dit elle-même quelques mots. La peau de la face devient un peu rosée, les pieds et les mains, de bleuâtres qu'ils étaient, prennent une teinte blanc pâle, puis reviennent peu à peu à l'état normal. La chaleur envahit tout le corps, et lorsque le lendemain le chirurgien vient voir sa malade, c'est avec bonheur qu'il constate un changement complet dans la physionomie de son opérée.

L'état de choc opératoire ne dure guère plus de quarante-huit heures ; il se termine souvent par la guérison, mais on a observé des cas nombreux de mort. Dans ces dernières circonstances, les divers symptômes du choc vont s'aggravant de plus en plus, le cœur se contracte mal, la circulation devient de plus en plus difficile et les opérées meurent à côté de leur garde sans qu'on s'aperçoive de rien.

L'accident splanchnique ultime de l'ovariotomie, c'est la récidive, question pour laquelle les documents font absolument défaut. On trouve dans les bulletins de la Société de chirurgie un cas de récidive d'un cancer au niveau de la cicatrice, dû à Terrillon, et une observation très intéressante de Villeneuve, présentée par Terrier à la Société de chirurgie, dans sa séance du 16 décembre 1884.

Une première opération avait été faite en 1882. Il s'agissait d'une tumeur polykystique comprise dans l'épaisseur du ligament large gauche, incluse dans l'épaisseur du bassin et compliquée de tumeurs fibreuses utérines du même côté. L'opération avait été très difficile et surtout très longue, puisque sa durée fut de plus de 3 heures. Malgré cela, la totalité du néoplasme ne put être enlevée. On dut laisser un certain nombre de tumeurs faisant corps avec l'utérus. On ne toucha pas à l'ovaire gauche.

L'examen de la partie enlevée montra qu'on se trouvait en présence d'un fibro-mijome avec des kystes.

Deux ans après, le ventre de la malade augmentait à nouveau de volume et bientôt on devait renouveler l'opération.

L'ovaire droit constituait la plus grande partie de la nouvelle masse morbide ; mais les parties laissées du côté gauche au moment de la première opération avaient également augmenté de volume, et on dut procéder à l'ablation de la majeure partie d'entre elles. En somme, les tumeurs laissées en place après la première opération avaient continué à se développer, mais il s'en était produit de nouvelles du côté opposé.

La seconde opération fut également longue et difficile, et l'on fut obligé de laisser une partie de la tumeur, ce qui n'empêcha pas la guérison de la malade.

Gillette, prenant part à la discussion, rapporta le fait suivant : « Il y a sept ans, j'ai enlevé un volumineux kyste de l'ovaire, derrière lequel se trouvaient des tumeurs de la nature des cystosarcomes très-adhérents aux parois du bassin. J'enlevai une partie de ces cystosarcomes, mais je dus en laisser une très grande portion. Malgré cela, la malade a guéri, et à l'heure actuelle, il n'y a pas encore eu de récidive. »

Terrier enseigne qu'en ce qui concerne le défaut de récidive de la part des néoplasmes qui, par leur nature, sembleraient merveilleusement disposés à cette récidive, ce sont des faits inexplicables dont la réalité est incontestable.

Il ajoute qu'il a eu l'occasion d'opérer une femme pour un cystosarcome qui avait envahi le colon transverse. Ne pouvant enlever la totalité de la tumeur, il se borna à en enlever la partie facilement accessible et à refermer le ventre, bien persuadé que son opération était inutile. La malade guérit cependant et quitta l'hôpital sans récidive.

Terrillon fait observer que la récidive des néoplasmes ovariens, quelle qu'en soit la nature, est extrêmement rare, qu'il a vu guérir radicalement des femmes sur lesquelles il avait dû gratter une portion du péritoine déjà envahi par des productions épithéliales ayant perforé la paroi du kyste.

Kœberlé établit ce point de doctrine d'une façon très nette dans son article ovaire du dictionnaire de Jaccoud. « Les

tumeurs malignes (le cancer médullaire, le cancer papillaire, le cancer squirrheux, l'enchondrome et la mélanose de l'ovaire) ne peuvent jamais être extirpés avec l'espoir d'une guérison définitive sans récidive locale. Les adhérences de ces tumeurs aux parties voisines (paroi abdominale, épiploon, intestin, vessie, vagin, etc.), et l'envahissement de vaisseaux lymphatiques, de l'ovaire, qui s'étendent vers les ganglions lymphatiques de la région lombo-rénale, sont ordinairement les points de départ de la reproduction de nouvelles tumeurs cancéreuses.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des complications.

Hémorrhagie.— Il est bon de diviser ce traitement en trois chapitres distincts : 1° *Traitement préventif ;* 2° *Traitement immédiat ;* 3° *Traitement consécutif.*

Au premier abord, il semble paradoxal de parler de traitement préventif d'une hémorrhagie ; nous allons bientôt voir qu'il n'en est rien. En effet, si l'on est habitué en chirurgie aux hémorrhagies mécaniques, il faut aussi tenir le plus grand compte des hémorrhagies qui surviennent sous l'influence des dyscrasies. Or, une femme atteinte de tumeur de l'ovaire est habituellement anémiée, émaciée ; les traits sont étirés, amaigris ; la face pâle, vieillie, présentant cet aspect caractéristique décrit par Spencer Wells, sous le nom de *Facies Ovarien.* Il faut bien songer à cet état d'anémie qui prédispose aux hémorrhagies des petits vaisseaux et qui, à lui seul, peut suffire à l'insuccès d'une opération.

Aussi devra-t-on donner à ces malades un régime tonique et reconstituant, dont les viandes rouges, le quinquina, le fer, formeront la base ; établir le fonctionnement régulier de la peau au moyen de frictions savonneuses et de bains répétés, en un mot user de tous les moyens pour combattre l'anémie presque obligatoire de ces états morbides.

Quant au traitement immédiat, le chirurgien et ses aides ne sauraient prendre trop de précautions pour assurer une hémostase complète. Il n'y a pas de minuties, de recherches qu'ils doivent négliger; il n'est pas un détail qu'ils doivent omettre; cavité péritonéale, parties adhérentes au péritoine et à l'intestin, doivent être l'objet de leurs investigations; et, jusqu'à ce que le dernier des vaisseaux ait été lié, il faut que les pinces à forcipressure aux doigts, ils aillent à leur recherche.

Le traitement consécutif de l'hémorrhagie péritonéale est un sujet à l'ordre du jour qu'il me paraît bon de discuter. Si, se trouvant en présence d'un blessé qui vient de recevoir un coup de couteau dans le ventre, qui a pénétré profondément, on voyait cet homme pâlir, son pouls devenir petit, son corps entier prendre la blancheur des tissus exsangues, resterait-on désarmé? Non, il serait permis, je vais même plus loin, il serait indiqué de faire la laporatomie et d'aller ainsi à la recherche des organes blessés. Mickulicz, de Cracovie, a établi ce point de doctrine (au congrès de Magdebourg, septembre 1884). Il dit même qu'un léger degré de péritonite ne doit pas faire reculer.

Si donc l'hémorrhagie interne était établie quelques heures après l'opération, il n'y a pas lieu d'hésiter; il faut le plus rapidement possible enlever les points de suture, ouvrir la cavité abdominale et aller à la recherche du vaisseau ouvert, enlever les caillots amassés dans le bassin, pratiquer à nouveau la toilette du péritoine, et lorsque la cavité est exsangue, refaire les sutures et disposer le pansement comme après l'opération.

Quant aux hémorrhagies consécutives qui surviennent huit à neuf jours après l'opération, au moment de la chute des fils à suture, elles ne sont guère à redouter aujourd'hui à cause du catgut. Admettant un instant que le pédicule a été amené à l'extérieur, il faudrait imiter la conduite de Kœberlé et lier les vaisseaux dans la plaie. Si au contraire, le pédicule est abandonné dans la cavité abdominale, il peut encore se produire une hémorrhagie, comme nous l'avons vu dans une observation de Kœberlé. Le diagnostic fait, il n'y a pas de temps à perdre. Il faut ouvrir immédiatement la cavité abdominale et aller à la recherche du vaisseau, ayant le soin de faire comprimer l'aorte abdominale, par un aide, pendant ces diverses manœuvres.

Il faut recommander à la malade le calme et le repos le plus absolu, lui défendre les mouvements brusques et spontanés, surveiller la liberté du ventre de façon à ce qu'elle ne fasse pas d'efforts au moment de la défécation.

L'application du catgut aux ligatures a singulièrement diminué ces divers accidents. Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler qu'ils peuvent se présenter, et recommander à l'opérée et à son entourage la plus extrême prudence.

Quant aux épanchements sanguins qui, ne mettant pas en danger la vie des opérées, viennent s'accumuler dans le cul-de-sac postérieur, nous avons vu qu'ils pouvaient se comporter comme les hématocèles utérines. Le chirurgien devra les traiter de la même façon. Lorsque le cul-de-sac postérieur sera fortement distendu, il portera le bistouri en ce point, fera une grande ouverture et introduira dans la cavité de l'épanchement des tubes en caoutchouc faisant siphon, de façon à pratiquer le lavage continu de la cavité avec un liquide antiseptique. Ces lavages ont le double avantage, d'abord de produire l'asepsie du foyer hémorrhagique, et en second lieu, de provoquer par suite de ce courant d'eau continu, la désagrégation des caillots sanguins.

Péritonite traumatique. — Le traitement de la péritonite traumatique est préventif et immédiat.

Préventif. — Il est bon pendant l'opération de prendre à son égard un grand nombre de précautions. C'est ainsi qu'on doit chercher à opérer dans une pièce bien chauffée, ayant de 18 à 20 degrés de température, à ne pas saisir les surfaces saignantes avec de larges pinces en T, qui contusionnent le péritoine sans arrêter mieux l'hémorrhagie que les pinces à forcipressure ordinaires, à ne pas faire maintenir les intestins avec des linges ou éponges trempés dans l'eau froide, le péritoine s'accommodant surtout de la chaleur, à ne pas maintenir enfin les intestins avec ces carrés de flanelle qui abandonneraient leur duvet au péritoine viscéral. En un mot, on doit contusionner le moins possible le péritoine, soit par les mains, soit par les instruments. Il faut glisser sans appuyer.

La péritonite traumatique s'est produite après l'oubli d'éponges ou de pinces ou d'autres instruments dans le péritoine; aussi est-il de la première nécessité de faire le dénombrement exact de tous ces objets avant et après l'opération.

Une précaution excellente à la suite de l'ovariotomie, c'est l'application d'une forte couche de collodion iodoformé sur la paroi de l'abdomen. Par son élasticité, le collodion en séchant immobilise cette paroi, et met le péritoine dans d'excellentes conditions de repos. La piqûre de morphine, les préparations d'opium, qui, en apportant du calme, produisent l'immobilisation de l'intestin sont, elles aussi indiquées, mais dans les cas seuls où il y a menace de péritonite.

Quant au traitement de la péritonite traumatique, il consiste dans l'application des révulsifs de toutes sortes, boissons glacées, et si l'on craignait la formation de collections purulentes, la laparatomie pourrait être indiquée.

« Nous sommes loin aujourd'hui du temps où l'ouverture de la cavité abdominale était considérée comme une témé-

rité opératoire. En même temps que l'expérience modifiait profondément sur ce point les idées des chirurgiens, la thérapeutique des affections abdominales entrait dans une nouvelle voie.

Laissons de côté tout d'abord les formes les plus aiguës de la péritonite septique. Ces formes amènent la mort en très peu d'heures, ou bien s'accompagnent d'un collapsus si considérable qu'on ne saurait songer à une intervention aussi grave que la laparatomie. » Tels sont les enseignements donnés par Heydenreich, professeur à la faculté de médecine de Nancy.

S'agit-il d'une péritonite généralisée à marche moins aiguë? Les adhérences qui unissent les anses intestinales entre elles et avec les organes voisins, peuvent rendre presque impossible une désinfection complète de la cavité péritonéale, sans compter que le pouvoir absorbant du péritoin e oblige à mettre une grande réserve dans l'emploi des antiseptiques. Par contre, continue le savant professeur « l'intervention chirurgicale est rationnelle dans les péritonites circonscrites, dans lesquelles le foyer infectieux se trouve isolé de toutes parts par des adhérences, et transformé ainsi en une collection circonscrite. L'incision, le lavage et le drainage de la poche ont alors des chances sérieuses d'amener la guérison. Cette manière de procéder n'est pas nouvelle, aussi ne dois-je pas insister. »

L'intervention chirurgicale doit-elle être écartée absolument dans la péritonite généralisée? Evidemment non; mais il semble indispensable qu'elle soit précoce, qu'elle survienne avant la formation d'adhérences étendues. Dans l'état actuel de la science, cette question ne fait que se poser et n'a pas trouvé encore sa solution. Les indications d'une opération de ce genre ne sont pas déterminées et la hardiesse d'une pareille tentative commande une circonspection d'autant plus grande, que le diagnostic en cette matière, est souvent fort incertain. Il est permis de croire qu'avec le

progrès de la chirurgie, les cas de péritonite, qui commanderont la laparatomie, deviendront de plus en plus nombreux. Les idées chirurgicales, dans ces dernières années, ont subi des transformations si grandes qu'il est impossible d'entrevoir l'étendue des conquêtes que nous réserve l'avenir. »

Quant aux accidents septiques de toute nature que l'on observe à la suite de l'ovariotomie, ils réclament tous à la médication préventive ses minuties et sa rigoureuse antisepsie.

C'est à une antisepsie complète et rigoureusement appliquée que l'on devra la disparition de toutes ces complications qui, commençant par la lymphangite, se terminent par le phlegmon de la fosse iliaque, lorsqu'elles n'aboutissent pas rapidement à la mort, en présentant le tableau le plus complet de la septicémie.

Désinfection de la malade, bains au sublimé, bains savonneux avant l'opération, nettoyage du vagin, savonnage de la paroi abdominale, lavage à l'éther, au sublimé ou à l'acide phénique. Désinfection de la pièce dans laquelle on opère, précautions antiseptiques complètes, prises par le chirurgien et par ses aides au sujet de leurs vêtements, de leurs mains, des instruments et des éponges et de tout ce qui, en un mot, doit toucher ou seulement approcher de la malade.

Le drainage du cul-de-sac postérieur, en permettant le libre écoulement des liquides qui vont s'accumuler dans le petit bassin, me paraît devoir être la pratique classique que l'on devra adopter dans tous les cas d'ovariotomie ou d'hystérectomie abdominale. Non-seulement le tube à drainage favorisera l'écoulement des liquides, mais il permettra de faire des lavages et des injections détersives dans le cas où le liquide, répandant une mauvaise odeur, viendrait à déterminer une réaction du côté de l'état général. Avec M. Poncet de Lyon, je me déclare partisan convaincu du

drainage dans tous les cas d'ovariotomie et d'hystérectomie, et, comme lui, je proteste contre l'assertion fournie au congrès français de chirurgie de 1886, par MM. Chénieux, de Limoges et Mollière, de Lyon. « Dans les opérations telles qu'ovariotomie, hystérectomie, dit le chirurgien de Limoges, où l'on a dû laisser des ligatures perdues et où il existe de grandes surfaces cruentées, le drainage me paraît plus nuisible qu'utile. Il vaut mieux que les liquides exsudés, quels qu'ils soient, pourvu toutefois qu'ils soient aseptiques, soient gardés en vase clos. Leur condition est analogue dès lors aux liquides des foyers de fracture, que l'on ne s'avise pas de soustraire par le drainage, et qui disparaissent par résorption ou concourent à l'organisation du cal. »

Mollière, de Lyon, s'associe pleinement aux conclusions du docteur Chénieux. « Il est d'avis qu'on peut et qu'on doit se passer de drainage, à une condition expresse, c'est qu'on soit absolument sûr de son antisepsie. Pour peu que l'opération ait eu de la durée, on n'a plus l'assurance nécessaire et le drain est exigé. C'est vrai : il est une porte d'entrée pour les contages, mais c'est aussi une porte de sortie. »

Je me permettrai de faire une objection à la doctrine du chirurgien de Limoges qui pèche par la base. On ne peut comparer la surface du péritoine, exposée à l'air, au foyer d'une fracture qui n'a pas subi le contact de l'atmosphère ; par conséquent il n'y a pas lieu d'établir de comparaison. Quant à celle du chirurgien lyonnais, elle est élastique : il faut et il ne faut pas drainer. L'observation attentive des faits démontre qu'il vaut mieux faire grande la porte de sortie que d'en faire une petite. Quant à ne pas en faire du tout, c'est une grave erreur chirurgicale.

Il est bon de lutter par la quinine et les préparations toniques, par une alimentation aussi substantielle que possible, contre les divers symptômes de l'empoisonnement

septique. La diarrhée fétide, qui accompagne souvent ces états morbides, demande à être respectée et même entretenue par de petites doses d'huile de ricin.

Il faut désinfecter l'appartement, pratiquer des lavages de la malade, faire des frictions à l'alcool sur les membres. On observe, dans certains cas, à la suite de l'ablation, des sutures profondes, un petit mouvement fébrile avec frisson, un peu de douleur au pourtour des sutures profondes, et, dans certains cas, des phlegmons de la paroi qui retentissent sur le péritoine, produisent des accidents graves de péritonite et la mort.

Frappé de ces faits, Thiriar, de Bruxelles, ne tarda pas à découvrir qu'il fallait incriminer le fil d'argent de la suture profonde de tous ces méfaits. Que se passe-t-il ? Le fil d'argent est mis au contact, pendant huit ou dix jours, des pièces de pansement, et des liquides qu'ils renferment ; il s'imprègne de toutes ces substances septiques, puis le chirurgien le sectionne d'un côté, et, pour l'enlever, le fait pénétrer dans les parties molles, abandonnant dans tout son trajet, semant, dis-je, des microbes septiques. Aussi ce chirurgien a-t-il eu, à mon avis, l'excellente idée de pratiquer la suture antiseptique, qui consiste à accoler d'abord avec du catgut fin les feuillets pariétaux du péritoine, avec du catgut plus gros le tissu conjonctif et les muscles de la paroi, et, enfin, avec du catgut moyen la peau de la paroi abdominale. Outre l'avantage d'accoler les unes aux autres les parties similaires, cette suture empêche les liquides des parties supérieures de s'écouler dans les parties profondes et, en plus, de se résorber elle-même.

Pour les collections purulentes qui peuvent se faire, soit du côté de la fosse iliaque, soit du côté des ganglions du pli de l'aine, il est bon de surveiller leur évolution et de faire les incisions lorsque le pus est bien collecté et à portée du bistouri.

La gangrène du péritoine doit, elle aussi, être traitée pré-

ventivement. Il faudra lier les vaissseaux du péritoine à mesure qu'on les rencontrera et ne pas laisser longtemps les pinces à forcipressure, appliquées à sa surface.

Gangrène de l'intestin. — La gangrène de l'intestin peut bénéficier de la laparatomie ; car, dans ces cas, l'intervention chirurgicale peut non-seulement débarrasser la séreuse, mais encore fermer l'ouverture par laquelle ces matières ont pénétré dans le péritoine, c'est-à-dire opposer une barrière à une infection nouvelle.

Mickulicz a présenté au Congrès de Magdebourg de 1884 une fort intéressante observation de laparatomie, pour un cas de perforation de l'intestin, qui fut suivie de guérison. Il s'agissait d'un homme de quarante ans qui, à la suite d'un mouvement brusque, avait subitement éprouvé une douleur dans le ventre. Bientôt après, étaient survenus des symptômes d'étranglement et plus tard de péritonite. Mickulicz fit la laparatomie soixante-douze heures après les premières manifestations morbides.

Il rencontra dans la cavité abdominale environ un litre de pus fétide et quelques morceaux de pommes de terre. Il se trouvait donc effectivement en présence d'une péritonite par perforation. L'ouverture intestinale siégeait sur l'iléon ; elle avait 6 centimètres de long et 4 centimètres de large. Mickulicz excisa les bords de cette ouverture et la ferma au moyen de douze points de suture au fil de soie. Il fit la toilette du péritoine et le malade guérit. La gravité de ces perforations intestinales, toujours et fatalement mortelles, excuse la hardiesse de cette opération.

Hernies ventrales. — Les hernies ventrales bénéficieront du repos horizontal continu, et de l'application de ceintures et de bandages méthodiquement appliqués.

Gubler traitait *le péritonisme* avec l'opium à petites doses et l'alcool, en vue, disait-il, « d'assurer la tolérance de l'appareil nerveux, de ramener l'impressionnabilité des nerfs trisplanchniques et les réactions des centres réflexes à un mode mineur. »

L'usage du chloral, des préparations bromurées, me paraît, dans ces cas, absolument indiqué.

La paramétrite à l'état aigu, bénéficiera de tous les procédés de la médication révulsive, mais, à l'état chronique, elle devient une complication fâcheuse par suite des douleurs qu'elle provoque et de la gêne pour la marche qu'elle inflige aux malades. Il faut vider chaque fois le rectum au moyen d'un lavement, pratiquer des onctions d'onguent mercuriel sur le bas du ventre, faire prendre à l'intérieur un peu d'iodure de potassium chaque jour et conseiller le repos le plus absolu.

Il y a des eaux minérales qui réussissent fort bien dans ces cas pour hâter la résorption des produits inflammatoires plastiques, et suivant le tempérament de la malade, on peut la diriger, soit vers Salies, en Béarn, soit vers Ussat, dans l'Ariège.

L'hypertrophie utérine, quelque rare qu'elle soit, viendrait-elle à gêner la malade, qu'il y aurait lieu de faire emploi de l'ergot de seigle et des courants continus.

L'épistaxis utérine, ne dépassant jamais les bornes d'un simple suintement sanguin, n'a besoin d'aucun traitement particulier.

La conduite de Billroth, pratiquant la néphrectomie pour une fistule urétéro-abdominale après ovariotomie double, est, sans nul doute, la seule qu'il avait à tenir ; mais, dans ce cas, le pédicule avait été attiré à l'extérieur. Il voyait sourdre l'urine au niveau de la plaie, le diagnostic était facile et exact. Mais je me place en présence des cas beaucoup plus fréquents où l'uretère, ouvert pendant l'opération, ou se gangrénant par suite d'une ligature malencontreuse placée sur

lui par erreur quelques jours après, déverse l'urine dans la cavité péritonéale. Si encore on a appliqué un drain dans le cul-de-sac postérieur, l'aspect du liquide, sa quantité, son odeur, permettront bien d'établir le diagnostic ; mais, s'il y a simplement des phénomènes de péritonite et si la petite quantité d'urine émise par la malade à ce moment met sur la voie du diagnostic, il n'y a pas à hésiter, et, séance tenante, il faut rouvrir la cavité abdominale.

Dans un cas de rupture vésicale, Walter de Pittsburg ouvrit la cavité abdominale et fit la suture de la vessie. La malade guérit.

Vincent, de Lyon, a fait sur des chiens et des lapins un grand nombre d'expériences qui militent en faveur de cette manière de procéder. D'après lui, après la rupture de la vessie ou de l'uretère et l'épanchement de l'urine dans la cavité péritonéale, la laparatomie, suivie de la suture de la vessie et faite avec toutes les garanties de la méthode antiseptique, réussit le plus souvent chez les animaux. L'uretère qui donne l'urine étant reconnu, il faut faire la toilette la plus minutieuse possible du péritoine et pratiquer la néphrectomie transpéritonéale.

L'ictère bénéficie, en pareils cas, des soins médicaux ordinaires de cette maladie : chaleur, diurétiques, calomel à faible dose.

Il est important de lutter contre les vomissements, car ils peuvent entraîner la rupture des points de suture et par suite des accidents d'une extrême gravité.

Des injections sous-cutanées d'atropine, l'emploi d'un ballon de glace au creux épigastrique, les boissons gazeuses glacées, le champagne frappé et l'absorption de petits fragments de glace, sont les moyens les plus ordinairement employés et qui rendent encore les plus grands services.

Les diverses complications survenant du côté du poumon et de la plèvre, rentrant dans le cadre des affections médi-

cales, bénéficieront des moyens usités en pareilles circonstances.

Nous avons étudié, dans le courant de notre travail, les accidents foudroyants de l'embolie pulmonaire, survenant à la suite de thromboses des veines du bassin. Il faut, dans tous les cas, se méfier de cet accident; avant de permettre à son opérée de se lever, le chirurgien devra inspecter avec soin les membres inférieurs, et le moindre œdème, la moindre dilatation veineuse devront l'avertir du danger. Dans tous les cas, il est prudent que l'opérée reste au lit pendant une quinzaine de jours après son opération. Si un chirurgien est fier de montrer ses succès, il devra le faire avec une extrême réserve. Ni lui, ni la malade n'auront à se plaindre de ces minutieuses précautions.

En ce qui concerne le tétanos, le meilleur traitement employé jusqu'à ce jour est celui de Verneuil : placer la malade dans une chambre obscure et chaude, l'immobiliser le plus possible dans son lit, éviter tout bruit, toute secousse dans sa chambre et lui donner du chloral et de la morphine à haute dose. Dans ce cas particulier, nous avons vu que le tétanos ne survenait qu'à la suite des ovariotomies dont le pédicule avait été saisi par un clamp, mais je suis persuadé que les ligatures isolées du pédicule, ne peuvent en aucun cas le produire.

Je ne connais pas de moyens particuliers pour traiter la folie survenant à la suite de l'ovariotomie. Je pense que sa thérapeutique réside dans l'emploi des moyens préconisés en général.

Quant au choc traumatique, il est bon de le traiter aussi énergiquement que possible. Pour le prévenir, il faut éviter à l'opérée le refroidissement ; aussi, doit-on lui entourer les membres supérieurs et inférieurs avec de l'ouate pendant toute la durée de l'opération, pour la faire passer de la

chambre d'opération dans celle qu'elle doit occuper, on doit s'entourer des mêmes précautions; placer dans son lit des bouteilles chaudes et lui faire prendre, deux ou trois heures après l'opération, des boissons alcoolisées, de l'acétate d'ammoniaque, etc., etc.

La récidive des affections ovariennes est la complication la plus grave que l'on puisse observer, longtemps après l'opération. Ici, le rôle du chirurgien est terminé. La méthode sanglante serait une arme dangereuse à laquelle il ne doit recourir dans aucun cas. Vaincu par le mal, il se résignera et se souviendra que le médecin guérit quelquefois, soulage souvent, et console toujours.

CONCLUSIONS

1° Les accidents splanchniques de l'ovariotomie sont en premier lieu les vomissements, le choc traumatique, l'hémorrhagie péritonéale et l'épistaxis utérine. L'hémorrhagie peut se produire, soit immédiatement après l'opération, soit consécutivement après la chûte des ligatures.

2° La péritonite traumatique, la lymphangite péritonéale, inflammatoire ou septique, la gangrène de l'intestin ou du péritoine, le péritonisme, sont des accidents que l'on observe, soit immédiatement, soit le plus habituellement quarante-huit heures après l'opération.

3° Les phlegmons de la fosse iliaque, les collections purulentes enkystées du péritoine, la paramétrite, la pleurésie purulente, l'ictère, sont le plus ordinairement des complications des accidents énumérés ci-dessus;

4° Les lésions de l'appareil urinaire, le tétanos, l'embolie, sont des faits pathologiques que l'on observe huit à neuf jours après l'ovariotomie.

5° Les hernies ventrales, les atrophies ou hypertrophies utérines la folie, les troubles de la menstruation et les récidives sont des complications ultimes.

6° L'analyse attentive et détaillée de ces faits démontre que le chirurgien peut, non-seulement prévenir, par l'usage des procédés antiseptiques, le plus grand nombre de ces accidents, mais qu'il peut en éviter certains et remédier à beaucoup d'autres par des interventions secondaires.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse, — Dr LANELONGUE.

Le Doyen, — A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 27 novembre 1886.

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

American Practitioner, 1881.
Ann. Berlin Rlin Wochenschrifl, 1883.
Annales gynécologie, 1882-83.
American gynécological transactions, 1878.
Brith med. Journal, 1882.
Biard, Thèse, Bordeaux, 1885.
Chénieux, *Semaine médicale,* 1886.
Courty, *Maladies de l'utérus.*
Cazaux, Thèse, Paris, 1858.
Claude Bernard, Leçons du Collège de France.
Duplay, *Archives générales de médecine,* 1885.
Guyot, Thèse, Paris, 1856.
Kœberlé, Ovaires, *Dictionnaire de Jaccoud.*
Leurat, Thèse de Paris, 1878.
Le Bec, *Archives générales de médecine,* 1882.
Mollière, *Semaine médicale,* 1886.
Poulet et Bousquet, Pathologie externe.
Polaillon, *Revue de gynécologie,* 1882.
Péan, Chirurgie abdominale.
Piéchaud, Thèse d'agrégation, *Que doit-on entendre par l'expression de choc traumatique?* Paris, 1880.
Poncet, *Semaine médicale,* 1886.
Semaine médicale, 1885-86.
Siredey, Maladies puerpérales.
Truc, Thèse de Paris, 1886.
Terrier, *Revue de chirurgie,* 1882, 1883, 1885, 1886.

Bordeaux. — Imp. O.-L. FAVRAUD, rue Porte-Dijeaux, 91.